



Sign-up form

Formulario de registro

¡Si se registra por teléfono usted no tendrá que llenar este formulario!

¡Llame al 1-800-562-3022 inmediatamente!

(Solamente para los usuarios de TTY/TDD, llamen al 1-800-848-5429)

¡Tan fácil como 1-2-3!

1.

Todas sus opciones están listadas aquí. Marque una casilla para indicar cómo desea recibir atención a la salud para usted y las otras personas que están listadas en su tarjeta de identificación médica de DSHS:

2.

¿Qué doctor quisiera usted tener como PCP para esta persona? (Todos los doctores que ponga en la lista tienen que estar en el plan de atención a la salud. Si no está seguro, llame a los doctores y pregunte si participan en el plan de salud que usted desea usar).

Nombre:

Nombre del PCP:

3.

¿Hay alguien que está en la lista de su tarjeta de identificación médica y está embarazada o que va a tener cirugía pronto?

¿Embarazada? ¿Quién? Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Cirugía? ¿Quién? Nombre: _____ Fecha: _____

¿Qué doctor u otro proveedor médico está viendo esta persona?

Nombre del doctor: _____ Teléfono de su consultorio: _____

De las personas listadas en su tarjeta de Identificación médica ¿hay alguna con una condición médica especial o retraso en el desarrollo?

Sí _____

Por favor indique el nombre de la(s) person(as) y su(s) condición(es) (especial(es) de salud):

Háganos saber su elección.

LA FORMA MÁS FÁCIL es llamarnos a la línea sin cargos 1-800-562-3022
Lunes a viernes, 7:00 a.m. a 6:00 p.m.

Puede usar nuestro nuevo sistema de mensajes en cualquier momento.

Los usuarios de TTY/TDD llamen al 711 o al 1-800-848-5429

O doblen nuevamente el formulario con "Business Reply" hacia fuera y envíenlo de vuelta a nosotros (no se necesita estampillas). O, de lo contrario envíen el formulario por fax al 360-725-2144